



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Vice- Reitoria/Centro Biomédico  
Curso de Especialização em Saúde da Família  
UnA-SUS/UERJ




Diego Rodrigues Vieira

Relato de Experiência – Abordagem à família com membro portador  
de Transtorno Mental Severo

Rio de Janeiro  
Fevereiro 2016

Diego Rodrigues Vieira

Relato de Experiência – Abordagem à família com membro portador  
de Transtorno Mental Severo



Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado a Universidade do  
Estado do Rio de Janeiro como  
requisito parcial para a conclusão do  
Curso de Especialização em Saúde  
da UnA-SUS/UERJ.

Orientador: Roberto José Adrião Povoleri Fuchs  
Co-orientadora: Andrea Augusta Castro

Rio de Janeiro  
Fevereiro 2016

Diego Rodrigues Vieira

Relato de Experiência – Abordagem à família com membro portador de Transtorno  
Mental Severo

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado a Universidade do Estado do  
Rio de Janeiro como requisito parcial para  
a conclusão do Curso de Especialização  
em Saúde da UnA-SUS/UERJ.

## RESUMO

As relações e estruturas familiares são elementos essenciais e podem ser parceiros no processo de cuidado dos pacientes portadores de transtorno mental severo. Existe, portanto, a necessidade de se prover serviços aos familiares desses pacientes, trabalhar elementos de educação sobre esquizofrenia, atitude positiva dos terapeutas em relação à família. O relato de experiência em questão, refere-se a paciente C.V, 45 anos, portadora de esquizofrenia, moradora do bairro Morro Grande em Araruama, RJ e tem como meta aumentar a resiliência dos familiares para lidar com situações de crise e com o cotidiano. Construir um bom relacionamento entre médico, equipe de saúde, paciente, família, NASF e CAPS foram essenciais nesse processo. Dessa forma, foi possível contribuir de forma mais integral com a saúde da paciente, trazendo um impacto positivo no manejo e na condução desse e de outros casos de transtorno mental severo.

**Palavras-chave:** Transtorno Mental Severo, Esquizofrenia, Atenção Primária, Família.

## SUMÁRIO

|                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO</b>                 | <b>4</b>  |
| 1.1 Situação Problema                | 4         |
| 1.2 Justificativa                    | 5         |
| 1.3 Objetivos                        | 5         |
| Objetivo Geral                       | 5         |
| Objetivo Específico                  | 5         |
| <b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b>      | <b>6</b>  |
| <b>3. METODOLOGIA</b>                | <b>9</b>  |
| 3.1 Desenho da Operação              | 9         |
| 3.2 Público-alvo                     | 9         |
| 3.3 Parcerias Estabelecidas          | 9         |
| 3.4 Recursos Necessários             | 9         |
| 3.5 Orçamento                        | 9         |
| 3.6 Cronograma de Execução           | 10        |
| 3.7 Resultados Esperados e Avaliação | 12        |
| <b>4. CONCLUSÃO</b>                  | <b>15</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b>                   | <b>16</b> |

## **1. INTRODUÇÃO**

O presente estudo refere-se ao trabalho de conclusão do curso de especialização em saúde da família oferecido pela Universidade aberta do SUS (UNASUS) em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

A motivação para o desenvolvimento e o relato da experiência vivido em prática pelo presente autor, como médico da Estratégia de Saúde da Família, surgiu através da observação de como as relações e estruturas familiares podem ser parceiros no processo de cuidado dos pacientes portadores de transtorno mental severo.

Alguns estudos demonstraram que a presença de uma pessoa portadora de transtorno mental severo na família está intimamente ligada à sobrecarga emocional em vários aspectos da vida do núcleo familiar e de seus membros como relacionamentos, lazer, saúde mental e física (Kuipers, 1993) e quanto maior é essa sobrecarga maiores são as chances de conflitos. Desta forma, o clima familiar de alto envolvimento emocional, crítico e hostil pode afetar de forma negativa o curso da doença. Neste contexto, a abordagem familiar bem como as intervenções psicossociais com foco em familiares de indivíduos com transtorno mental severo tornam-se de relevante importância, tanto no acompanhamento individual desse paciente como nas relações que ele desenvolverá com sua família e toda a sociedade, diminuindo os impactos negativos da doença (Scazufca, 2000).

Reconhecer as dificuldades e os anseios por que passam uma família com membro portador de transtorno mental severo e orientá-los neste sentido é mais uma forma de estabelecer e fortalecer a Estratégia de Saúde da Família como tática para atingir mudanças na saúde do indivíduo, da família e da sociedade (BRASIL 2012).

### **1.1 Situação-problema**

A situação-problema consiste na abordagem à uma família com membro portador de transtorno mental severo. Intervir especificamente no relacionamento entre os membros dessa família com a paciente em questão, capacitar a equipe

multidisciplinar da ESF para lidar com as dificuldades que emergem do tratamento e de como conduzir um caso de esquizofrenia.

## 1.2 Justificativa

O interesse em desenvolver este relato de experiência deve-se ao fato de que os transtornos mentais severos e, dentre eles, a esquizofrenia, são condições ainda muito estigmatizadas pela sociedade e também por alguns profissionais de saúde. No contexto de uma comunidade de zona rural, esse processo entre as pessoas, ou por todos esses fatores juntos. Desprezo, preconceito, medo são sentimentos que envolvem, não raramente, os pacientes, seus familiares e a sociedade.

Prover subsídios teóricos e práticos para a equipe multidisciplinar da Estratégia de Saúde da Família na abordagem às famílias com membros portadores de transtorno mental severo, bem como às famílias e à sociedade é uma forma de promover a saúde em seu sentido mais pleno.

## 1.3 Objetivos

### - *Objetivo geral*

Relatar a experiência na abordagem a família com membro portadora de esquizofrenia em uma Unidade Básica de Saúde no distrito de Morro Grande em Araruama, RJ.

### - *Objetivos específicos*

- Capacitar a equipe da ESF para que possa lidar com pacientes portadores de transtorno mental severo dentro do contexto individual e familiar
- Aumentar a resiliência dos familiares família para lidar com situações de crise
- Fortalecer as relações multidisciplinares com o apoio do nasf e caps

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

A Atenção Básica tem como um de seus principais norteadores ser a porta de entrada das pessoas ao sistema de Saúde, possibilitando o primeiro acesso, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade onde moram, bem como outros elementos dos seus contextos de vida. O cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários (BRASIL, 2013, Caderno de Atenção Básica, Saúde Mental, pag. 19).

Segundo Minozzo et. al , no novo modelo de saúde, a atenção hospitalar deixa de ser o centro, tornando-se coadjuvante neste cenário. Trata-se de uma mudança ímpar no conceito e na forma como o cuidado será desenvolvido: mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, para que seja possível a resgate de sua história de vida e de seu processo de saúde e adoecimento.

A Política Nacional de Saúde Mental do SUS tem como diretriz principal a redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a desinstitucionalização de pessoal com longo histórico de internações. Ao mesmo tempo, prioriza a implantação e implementação de uma rede diversificada de serviços de Saúde Mental de base comunitária eficaz, capaz de atender com resolutividade aos pacientes que necessitem de cuidado.

A família, dentro deste contexto, tem um lugar e função primordiais na vida dos portadores de transtorno mental severo. Essas pessoas frequentemente vivem com a família de origem e mantem contato regular com familiares, o que significa que são esses que geralmente identificam inicialmente algum problema, buscam o tratamento, tornam-se responsáveis pela administração das prescrições médicas e articuladores do cotidiano de seu familiar doente. (Villares, 2000)

Nessa convivência, aprendem a enfrentar momentos de agravamento do quadro sintomatológico e a manejar situações de inatividade, depressão, agressividade, confusão, desorganização e inadequação. O cotidiano familiar é marcado por uma permanente imprevisibilidade e pelas questões: “Quando será a próxima crise?” ou “Quanto tempo vai durar essa fase boa?”. (Villares, 2000)



Além disso, os familiares têm que redimensionar as expectativas quanto ao futuro do familiar doente e quanto ao próprio futuro face à demanda de cuidados que gera custos e perdas para todos. Também precisam auxiliar o doente a lidar com suas perdas e com o empobrecimento de sua vida social, afetiva e profissional. Tudo isso constitui a experiência do “fardo” ou sobrecarga familiar. (Villares, 2000)

Existe, portanto, a necessidade de se prover serviços aos familiares de portadores de transtorno mental severo, mas há, ainda, alguns fatores que contribuem para dificultar a implantação e a condução efetiva desses. (Villares, 2000)

As barreiras e os diversos entraves entre o sistema de saúde e as famílias de pacientes com esquizofrenia tem sido analisados, uma vez que essas representam um problema que deve ser abordado para que se viabilize a oferta de serviços adequados às realidades socioculturais dessas famílias (Wasow, 1994).

Riesser e Schorske, apontam, por exemplo, como nos EUA o processo de desinstitucionalização do paciente portador de transtorno mental severo não foi adequadamente acompanhado do desenvolvimento de recursos comunitários suficientes, e como isso contribuiu para o aumento do fardo familiar ao separar, de maneira inapropriada, cuidado de tratamento: a família tornou-se cuidador e o sistema de saúde o responsável pelo tratamento, continuando a deter a autoridade quanto aos procedimentos e serviços oferecidos, sem integrar esses dois aspectos.

As principais características dos programas de intervenção na abordagem familiar que têm mostrado sucesso incluem: elementos de educação sobre esquizofrenia, atitude positiva dos terapeutas em relação à família, foco da intervenção os problemas atuais da família e reconhecimento junto à família da importância da medicação no tratamento (Scazufo, 2000). Diversas estratégias podem ser utilizadas, como componentes psicoeducacionais, uso de técnicas cognitivo-comportamentais, técnicas de resolução de problemas que visam a redução das tensões na família e aprimoramento das estratégias para lidar com situações difíceis.

Kuipers et al escreveram um guia prático para o trabalho com familiares de pessoas com esquizofrenia que sugere como abordar os problemas práticos e algumas questões emocionais comuns a esse grupo de familiares. Os programas com os familiares devem ser dirigidos às pessoas que convivem mais diretamente com o membro doente, em geral, pais, irmãos, cônjuges e filhos. Procuram-se

oferecer formas de atendimento que permitam a participação de todos os familiares sobre a situação do membro doente e as possíveis soluções dos problemas atuais da família. As necessidades da família devem ser avaliadas. Esse processo visa identificar os problemas específicos da família que deverão ser abordados durante o tratamento e introduzir o modelo colaborativo e de resolução de problemas desde o início.

Baseado nisso, fica evidente a importância de uma abordagem familiar adequada e efetiva na melhor condução desses casos.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Público-alvo**

Paciente C.V portadora de esquizofrenia, família da paciente C.V, Equipe multidisciplinar da ESF de Morro Grande/Araruama – RJ, comunidade de Morro Grande/Araruama – RJ.

#### **3.2 Desenho da operação**

O Projeto de Intervenção baseia-se principalmente em visitas domiciliares ao longo do ano bem como reuniões de grupo familiar, consultas médicas, reuniões entre a equipe da ESF de Morro Grande e as equipes do NASF e CAPS para diagnóstico situacional e discussão do caso.

#### **3.3 Parcerias Estabelecidas**

Para o sucesso do Projeto algumas parcerias são necessárias. Secretaria Municipal de Saúde, NASF, CAPS, ESF Morro Grande, comunidade Morro Grande.

#### **3.4 Recursos Necessários**

Recursos materiais: cartazes e folders educativos sobre a esquizofrenia, computador e projetor afim de realizar palestras.

Recursos Humanos: médico, enfermeira, ACS da ESF Morro Grande, Psiquiatra e Psicólogos do CAPS e NASF, Assistente Social.

#### **3.5 Orçamento**

Despesas com material de escritório: Lápis, caneta, papel, borracha – aproximadamente R\$ 50,00

Lanches ao final das reuniões familiares R\$ 30,00 por lanche

### 3.6 Cronograma de execução

| <b>Grupo Familiar</b>       | <b>Análise Situacional/Diagnóstico</b>   | <b>Seleção dos Problemas</b>   | <b>Metas</b>  | <b>Prazos/ Responsável(is)</b>   | <b>Cumprimento de metas</b>   |
|-----------------------------|--|--|---|--|---|
| Família                     | Relacionamento difícil<br><br>Medo e dúvidas com relação ao transtorno mental severo que atinge um dos membros | Medo e dificuldade de lidar com o processo de adoecimento e suas complicações bem como com a esquizofrenia | Estimular ainda mais o diálogo<br><br>Esclarecer dúvidas a respeito da esquizofrenia<br><br>Reunião de grupo familiar                           | Visita Domiciliar<br><br>28/04<br><br>Grupo Familiar<br><br>Bimestral<br><br>Cuidado de Saúde Continuado- Abordagem centrada na família  | Visita realizada<br><br>Reuniões grupo familiar realizadas  |
| C.V<br>45 anos<br><br>Filha | Esquizofrenia  | Não adesão ao tratamento medicamentoso<br><br>Delírios e alucinações devido a doença de base               | Consulta médica centrada na pessoa<br><br>Ouvir a paciente e estabelecer um vínculo<br><br>Matriciamento com apoio especializado do NASF e CAPS | 05/05 ACS – agendamento consulta<br><br>13/05 – Visita Domiciliar Enfermeira<br><br>14/05/07 – Visita Domiciliar Médico<br><br>Cuidados de Saúde Continuado – Médico e Enfermeiro através de visita domiciliar mensal<br><br>27/05 Reunião NASF<br><br>03/06 Reunião | Consulta e visitas domiciliares agendadas e realizadas<br><br>Reunião NASF e CAPS para diagnóstico situacional e discussão do caso realizadas |

| <b>Grupo Familiar</b>   | <b>Análise Situacional/Diagnóstico</b>                           | <b>Seleção dos Problemas</b>  | <b>Metas</b>  | <b>Prazos/ Responsável(is)</b>                                  | <b>Cumprimento de metas</b>                               |
|-------------------------|--|---|---|---|---|
|                         |  |   |   | CAPS  |   |
| G. V.<br>78 anos<br>Mãe | Hipertensão Arterial<br><br>Diabetes<br><br>Ansiedade            | Ansiedade e des controle emocional devido à doença da filha<br><br>Descontrole dos níveis pressóricos | Agendar consulta médica<br><br>Matriciamento com apoio de atendimento psicológico                                     | 05/05 – agendamento consulta<br><br>27/05 – acionar equipe NASF | Consulta agendada<br><br>Reunião Nasf para expor situação |
| M.V<br>80 anos          | Hipertensão Arterial<br><br>Diabetes<br><br><br>Mal de Alzheimer | Altos níveis glicêmicos e de difícil controle,<br><br>Alta dependência da esposa                      | Consulta médica<br><br>Consulta Neurologista  | 16/06 – consulta médica   | Consulta agendada e realizada                             |
| C.V.<br>40 anos         | Hipertensão Arterial   | Isolamento familiar   | Consulta médica – Orientações acerca da HAS e importância da adesão ao tratamento medicamentos o e não medicamentos o | 23/06 – consulta médica   | Consulta agendada e realizada                             |
| M. R. V<br>15 anos      |  | Negação com relação a doença da tia<br><br>Vergonha e dificuldade de lidar com essa situação          | Consulta médica<br><br>Matriciamento – apoio psicológico  | 02/07 – Acionar NASF para apoio psicológico                     | Consulta psicólogo agendada e realizada                   |

### 3.7 Resultados esperados e Avaliação

Acompanhar um paciente portador de Transtorno Mental severo constitui-se grande desafio para o médico da Atenção Básica. E, dentro este contexto, estabelecer um bom relacionamento entre o médico, o paciente e a família pode contribuir para uma melhoria na qualidade dos cuidados de saúde; a abordagem familiar, portanto, é uma ferramenta de grande valor. O estresse familiar, ambiente hostil exercem forte influência na saúde do paciente e, de outro lado, o apoio da família pode tornar-se grande aliado do médico na promoção da saúde individual.

No caso da paciente em questão, a primeira estratégia a ser estabelecida era consolidar um vínculo com ela e com a família. Entender que a fala da paciente não se trata de uma mentira, mas sim, uma verdade relativa, a verdade da paciente também é um fato importante. Tudo isso aliado a quebra de preconceitos, são passos importantes no estabelecimento deste vínculo.

Após o estabelecimento deste vínculo, que só foi possível com algumas consultas médicas e visitas domiciliares, o próximo alvo e, talvez o mais importante, era transformar a família e o ambiente familiar em parceiros do médico.

Um cuidado que os profissionais de saúde devem ter é que, muitas vezes, esperam que a família aceite e cuide da pessoa com transtorno mental severo sem perceber que não estão lhe oferecendo suporte nem orientações (KOGA, 1997); ou percebem o familiar como um simples informante das alterações apresentadas pela pessoa em tratamento, que deve seguir passivamente suas prescrições de tratamento. Considerar a família como protagonista do cuidado reabilitador é um verdadeiro desafio. Ao acolher suas demandas e dificuldades de convívio com um familiar em sofrimento psíquico intenso, o profissional promove o suporte possível para as solicitações manifestas (COLVERO et. al., 2004). Esses encontros puderam elucidar essas questões.

Com esse propósito, uma meta foi estabelecida: reuniões de grupo familiar de frequência bimestral. Nessas reuniões, que na maioria das vezes, não contava com a presença da paciente, muitas questões puderam ser abordadas, dúvidas esclarecidas, receios e medos expostos. Foi possível ficar mais próximo dos familiares. O ambiente familiar, de casa, também proporcionou aos encontros um

caráter mais informal onde todos puderam de forma cada vez menos tímida se expressar.

Entender as demandas dessas famílias, a dificuldade de lidar com as situações cotidianas e de crise, com conflitos familiares emergentes, com a culpa, as preocupações, com o pessimismo por não conseguir vislumbrar saídas para os problemas, pelo isolamento social a que ficam sujeitas, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pela complexidade do relacionamento com esse familiar, pela expectativa frustrada de cura e pelo desconhecimento da doença propriamente dita (COLVERO et.al. 2004).

Compreender o convívio com a família, entender seu dia a dia e os seus anseios tornam-se primordiais para o médico da Estratégia da Saúde da Família. Em uma dessas reuniões, dona G.V, mãe da paciente, confidenciou sua preocupação com a filha e a culpa por não vê-la “normal”. Outra preocupação estava relacionada com o fato de a filha em alguns momentos simplesmente desaparecer por dias e, às vezes, semanas. Por diversas vezes, a família ficou muitos dias sem saber sobre o seu paradeiro. Em quase todas as vezes que sumiu, C.V. estava na zona Sul do Rio de Janeiro, mesmo que inconscientemente, tentando resgatar algo que viveu no passado.

Além do estabelecimento de vínculo com a paciente e a família e da mobilização de toda a Equipe de Estratégia de Saúde da Família de Morro Grande, outro fator essencial foi a busca de ajuda além das fronteiras do PSF e da comunidade, o apoio matricial. Um trabalho conjunto com os profissionais do NASF e CAPS foi de grande relevância, seja através de reuniões apenas com profissionais de saúde na busca de esclarecer e informar ou através de reuniões em grupo e consultas individuais com cada membro da família. O foco que antes era apenas a paciente, passou a considerar todos os outros membros da família.

Por último, não se consegue avançar de forma substancial sem planejamento. Definir objetivos e traçar estratégias para que a dinâmica da intervenção fosse cumprida, também fizeram parte do trabalho.

Para isso, desenvolver uma Planilha de Intervenção foi de suma importância.

Após quase 01 ano de observação e muita ação, foi possível otimizar várias demandas. Não se espera, no caso relatado, um completo restabelecimento de sua função social. O que se espera e foi possível alcançar foi uma melhora substancial

desse convívio tanto social quanto familiar. O que se observa hoje é uma família mais coesa que atua, juntamente, com os profissionais de saúde no intuito de melhorar a qualidade de vida familiar e individual. C.V. apresenta, hoje, uma adesão ao tratamento muito maior, os desaparecimentos constantes e por dias não acontecem mais. Saúde é um completo estado de bem estar físico, mental, social, assim diz a Constituição Federal. É dever dos profissionais de saúde resgatarem ou, ao menos, tentar resgatar esses valores.



#### **4. CONCLUSÃO**

Contribuir de forma mais integral com a saúde do paciente é uma diretriz muito importante dentro do conceito da Atenção Básica. Não focar apenas a doença e entender como esse paciente vive e se relaciona com a família, a comunidade e o seu meio traz um grande e positivo impacto no manejo terapêutico dos portadores de Transtornos Mentais Severos.

A abordagem familiar dentro do contexto de transtorno mental severo mostrou-se eficaz no sentido de promover a reinserção desta paciente, impactando de maneira positiva no curso da doença.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Kuipers L, Bebbington P. Family burden in schizophrenia: implications for services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993;28:207-10.

Scazufca, Marcia. Abordagem Familiar em esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(Supl I):50-2

Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.

Villares, Cecília. Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(Supl I):53-5

Wasow M. Professional and parental perspectives. In: LefleyHP, Wasow M, editors. *Helping families cope with mental illness*. USA: Harwood Academic Publishers; 1994. p. 27-38.

Kuipers L, Leff J, Lam D. *Family work for Schizophrenia: a practical guide*. London: Gaskell; 1992.

KOGA. M. Convivência com a pessoa esquizofrênica: Sobrecarga familiar. Dissertação(Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 1997.

COLVERO, L. de A. et. al. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 2, n. 38, p.197-205, 2004.